

**OŚWIADCZENIE NALEŻY WYPEŁNIAĆ CZYTELNE PISMEM DRUKOWANYM (WIELKIMI LITERAMI). WYMAGANE JEST WYPEŁNIENIE KAŻDEJ Z TRZECH CZĘŚCI FORMULARZA.**

Proszę zaznaczyć właściwe:

- Jestem osobą pod której opieką znajduje się dziecko/dzieci w Polsce
- Jestem osobą pracującą/przebywającą za granicą

**FORMULARZ DOTYCZACY POBYTU ZA GRANICĄ**

**CZĘŚĆ I**

**A) DANE OSOBY, POD KTÓREJ OPIEKĄ ZNAJDUJE SIĘ DZIECKO/DZIECI:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Nr dowodu osobistego .....

Nr telefonu .....

**B) ADRES POBYTU DZIECKA/DZIECI:**

.....  
(ulica, nr domu) (kod, miejscowość) (państwo)

**CZĘŚĆ II:**

**DANE OSOBY PRACUJĄCEJ (ZAMIESZKUJĄCEJ) ZA GRANICĄ:**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr telefonu .....

Obywatelstwo .....

Nr PESEL .....

Nr dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania za granicą wraz z podaniem nazwy państwa .....

Charakter pobytu:

- stały
- tymczasowy
- turystyczny
- inny (jaki?) .....

Okres zamieszkiwania poza granicami kraju:

Data początkowa zamieszkania (dzień, miesiąc, rok): .....

Data końcowa zamieszkania (dzień, miesiąc, rok): .....

Nazwa kraju, w którym osoba pracująca za granicą odprowadza podatek dochodowy .....

Stan cywilny:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

żonaty/zamężna od dnia .....

konkubinat

rozwiedziony/rozwiedziona od dnia .....

inny .....

Czy osoba przebywająca za granicą prowadzi(ła) wspólne gospodarstwo domowe z osobą wskazaną w **CZĘŚCI I A**:

tak - proszę wskazać okres prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego .....

nie

**Numer ubezpieczenia/identyfikacyjny za granicą:**

numer VSNR – Versicherung nummer ( w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Niemiec) .....

numer NI (National Insurence Number) (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Wielkiej Brytanii) .....

numer BSN (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Holandii) .....

numer NISS ( w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Belgii) .....

numer frdselsnummer (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Norwegii) .....

numer CPR (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. na terytorium Danii) .....

Inny (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. w pozostałych krajach) .....

***Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego – kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.***

**Data oraz czytelny podpis .....**

### CZEŚĆ III:

#### CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

<input type="checkbox"/> Praca najemna  Adres pracodawcy ..... ..... ..... ..... .....	Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok): ..... ..... ..... .....	Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok) ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w stosunku pracy pobierająca świadczenia:  <input type="checkbox"/> w wyniku choroby  <input type="checkbox"/> macierzyństwa  <input type="checkbox"/> choroby zawodowej	Data przyznania świadczenia (dzień, miesiąc, rok): ..... Data zakończenia wypłaty świadczenia (dzień, miesiąc, rok): ..... .....	
<input type="checkbox"/> Praca sezonowa:  <input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne  <input type="checkbox"/> pracodawca nie odprowadza składek na ubezpieczenia społeczne	Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok): ..... ..... ..... ..... .....	Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok): ..... ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:  <input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce (formularz E101 oraz A1)  <input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca	Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy (dzień, miesiąc, rok): ..... Okres oddelegowania: Od dnia ..... Do dnia ..... Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok): ..... .....	

